

NAS PRÁTICAS POLÍTICAS DE SAÚDE, O EXERCÍCIO DO CONTROLE DO ESPAÇO

HEALTH POLICIES IN PRACTICE, THE EXERCISE OF CONTROL OF SPACE

Ana Rocha dos Santos¹

¹Professora Doutora do Departamento de Geografia da Universidade Federal de Sergipe/Campus Prof. Alberto Carvalho. E-mail: ana68@uol.com.br

Artigo recebido em 24/11/2010 e aceito em 01/12/2010

RESUMO

Este artigo apresenta uma reflexão sobre a política de descentralização da saúde (o SUS) em Sergipe a partir da análise dialética, na qual a categoria da totalidade foi buscada para explicar a política de descentralização como uma forma de expansão do acesso pela universalidade dos serviços de saúde, mas que representa, sobretudo, a apropriação privada desses serviços através de uma rede seletiva e precariamente hierarquizada. A pesquisa realizada permitiu compreender as contradições que envolvem uma política pública necessária, mas que tem viabilizado a expansão do setor privado por organizar, distribuir, localizar e selecionar o que, como e quem tem acesso aos serviços e ações de saúde. Os sujeitos sociais (agentes de saúde, gestores, usuários, médicos, conselheiros, funcionários da enfermagem) envolvidos no processo foram ouvidos, assim como foram necessárias análises das informações oferecidas pelos órgãos públicos com a finalidade de interpretar e confrontar as informações fornecidas para apreender o objeto de estudo na sua totalidade, percebendo as mediações e determinações que envolvem uma teia de relações entre o público e privado na medida em que o financiamento na saúde pública é reduzido e as tradicionais relações paternalistas têm promovido a mercantilização da doença e a permanência da saúde como moeda de troca.

Palavras-chave: descentralização; Sistema Único de Saúde; rede.

ABSTRACT

This article focuses on the policy of decentralization of health (SUS) in Sergipe from the dialectical analysis, in which the category of totality was sought to explain the policy of decentralization as a way of expanding access by the universality of services health, but it represents, above all, the private ownership of these services through a selective and poorly hierarchical network. The research allowed to understand the contradictions involving a necessary public policy, but that has promoted the expansion of the private sector by organizing, distributing, locating and selecting the what, how and who has access to services and actions of health. Social subjects (health workers, managers, users, doctors, counselors, nursing staff) involved in the process were heard, as were necessary analysis of the information provided by public agencies in order to confront and interpret the information provided to grasp the object of study in its entirety, noting the determinations and mediations involving a web of relationships between public and private sectors to the extent that funding for public health is low and the traditional paternalistic relationships have promoted disease mongering and retention of health as currency.

Key words: decentralization; Health System; network.

INTRODUÇÃO

Na leitura da espacialidade da política de descentralização se identifica uma nova racionalidade definidora das práticas de saúde. Com a criação do SUS, a municipalização foi a estratégia utilizada para operacionalizar a política de saúde no Brasil, partindo de uma organização em rede hierarquizada de acordo com a complexidade dos serviços.

A rede de saúde em Sergipe, assim como no restante do país, é seletiva e heterogênea por estar organizada segundo um padrão hierárquico que desconsidera a diferença espacial e por estruturar-se segundo a centralidade dos serviços e ações de saúde. Além disso, a necessidade de articulação entre os três níveis de governo é problemática por envolver interesses divergentes dos governos municipais e estaduais. A rede é, então, uma prática espacial que materializa as práticas sociais e os nós que a formam são atravessados por conflitos que impõem mudanças constantes sem, contudo, alterar as relações entre os seus nós. Assim, é como afirma Castells (2002, p.503), que “as funções a serem preenchidas por cada rede definem as características dos lugares que se tornam seus nós privilegiados”. Daí porque para o conjunto das pessoas que precisam do SUS, a dificuldade na solução dos seus problemas de agravos à saúde corresponde a uma verdadeira “*via crucis*”, pois para os que tecem a rede de saúde, a lógica de localização e distribuição dos serviços e ações de saúde é a racionalidade técnica, uma justificativa de demanda de escala e, principalmente, definida por interesses políticos de grupos que se mantêm no poder.

A rede de saúde é a representação espacial das relações de poder entre os entes federados e expressa, sobretudo, o processo de barganha política que conforma os pactos federativos, com arranjos espaciais que possuem conteúdos sociais e políticos diferenciados. Entre esses arranjos, está a conformação de um sistema de saúde, cujo modelo de atenção está centrado na oferta pulverizada dos serviços básicos nos municípios, centralização dos serviços especializados na capital e centros regionais e na expansão da rede privada que descobriu um novo mercado: a oferta de serviços de saúde para um consumo mais popular, alimentado pelo setor público.

Para a Geografia, a análise da política de descentralização através da dialética se torna relevante para a explicação das determinações que produziram a espacialização do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas contradições. No aparente, o SUS é considerado a política democrática mais avançada no país, mas as dificuldades do acesso, a demora para a resolução dos problemas de saúde vividos no cotidiano das pessoas denuncia a natureza excludente do SUS. Com o propósito de explicar a espacialidade da política de saúde e o controle do espaço

através de práticas políticas que sustentam relações patrimonialistas e promovem a expansão do setor privado foi escrito este artigo a partir de resultados da pesquisa realizada entre os anos de 2006 e 2008, no estado de Sergipe.

ESPACIALIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE EM SERGIPE

O espaço enquanto prática social é revelador das relações sociais e cada sociedade produz seu espaço e organiza, distribui, localiza seguindo uma determinada ordem. Para Soja, apoiado no pensamento lefebvriano

o que distinguia o gratuito véu espacial do capitalismo das espacialidades de outros modos de produção eram sua produção e reprodução peculiares de um desenvolvimento geograficamente desigual, através de tendências simultâneas para a homogeneização, a fragmentação e a hierarquização (1993, p. 65).

O espaço produz a reprodução das relações de produção, demonstrando as contradições que devem ser reveladas para que se possa enxergar através do véu espacial. A estrutura do espaço representa “um componente dialeticamente definido das relações de produção gerais, relações estas que são simultaneamente sociais e espaciais” (SOJA, 1993, p. 99). Existe, então, uma homologia espacial correspondente com as relações de classe e com as contingências do conflito de classes e da transformação estrutural. Isto posto, a espacialidade é o espaço criado da organização e da produção sociais, condição e sujeito das determinações impingidas pelo capital à sociedade.

A rede de saúde expressa a espacialidade das relações sociais, cujos embates travados entre os diferentes grupos políticos transformam a saúde em disputa de poder, configurando uma territorialidade que reflete os padrões diferenciados das condições de saúde e de consumo de seus serviços. A disputa pelo controle, a apropriação das materialidades da saúde (hospitais, unidades ambulatoriais, atendimento e procedimentos médicos) expressam o jogo de poder que se estabelece entre os que estão no governo, os que pretendem estar e os que sentem as consequências das decisões tomadas institucionalmente (servidores públicos, usuários do sistema de saúde).

A luta pelo controle político da saúde e pelo poder de mando legalmente instituído é refletida nas leis editadas para operacionalizar as ações de saúde. Assim, a gestão das relações sociais se dá pela intervenção do Estado, instituição colocada acima dos interesses

de classe, legítima para promover igualdade e bem-estar, mas que significa a concreção da manutenção da desigualdade e dependência, transformando a saúde em um trunfo de poder.

A questão da saúde ocupa centralidade nos debates entre os representantes de partidos políticos no estado de Sergipe. As constantes acusações/defesas são feitas segundo as realizações de cada governo no período de seu mandato, disputando-se a “paternidade” dos serviços e ações de saúde. Com a descentralização que reforçou o papel dos municípios, governos de diferentes partidos encontram dificuldade/facilidade a depender do poder de barganha política e de acordos feitos para satisfazer os interesses político-partidários. Além disso, as tensões permanentes entre poder local/poder central geram lacunas ou superposições de funções na medida em que as atribuições dos governos municipais, estadual e federal não são claramente definidas ou são interpretadas como exclusividade dos municípios.

O que define as relações entre os entes federados está associado à forma de organização política do país, na qual a elite é detentora do poder político. Assim Holanda afirma que

para o funcionário ‘patrimonial’, a própria gestão política apresenta-se como assunto de seu interesse particular; as funções, os empregos e os benefícios que deles auferem relacionam-se a direitos pessoais do funcionário e não a interesses objetivos, como sucede no verdadeiro Estado burocrático, em que prevalecem a especialização das funções e o esforço para se assegurarem garantias jurídicas aos cidadãos (HOLANDA, 1995, p. 146).

Nos depoimentos dos entrevistados, durante a realização da pesquisa desenvolvida no estado de Sergipe, entre os anos de 2006 e 2008, foram feitas referências ao jogo político que está por trás da realização dos serviços e ações de saúde. De acordo com as entrevistas realizadas

nos bastidores, mesmo com cotas estabelecidas para oferta de serviços, há muita dificuldade para a sua realização. O SUS no papel é o melhor sistema do mundo, não tem sistema melhor, tudo flui certinho, mas não é nada disso. Quando você vai ver quase não funciona, funciona muito pouco. Melhorou, mas ainda não é bom. Tudo depende do prefeito. Se o prefeito tiver interesse de fazer, faz. (PESQUISA DE CAMPO, 2008).

Desse modo, o caráter patrimonial está presente nas atividades da seara pública, pois o homem na esfera pública age segundo sua visão particularista de mundo, não distinguindo a necessária separação entre o público e o privado.

A universalidade, equidade e integralidade perseguidas pelo SUS promoveram a expansão da rede de saúde na Atenção Básica, ampliando a oferta dos serviços e ações de saúde, mas isso não garante que os princípios basilares do SUS sejam vivenciados pela população. Na pesquisa desenvolvida com os usuários do SUS, em 2008 (em estabelecimentos públicos e privados), as principais respostas sobre a satisfação quanto ao serviço de saúde foram:

- pior era antes que não tinha médico nem nada. Hoje tem médico e escola para todo o lado (morador de Lagarto)
- o agente de saúde vai toda semana, faz perguntas, leva exame e marca consulta no posto (morador de Itabaiana)
- tem clínico no posto e o atendimento dos agentes funciona (morador de Aquidabã)
- vou no Cemar sempre. Há 2 anos tenho acompanhamento (morador de Areia Branca)
- no posto eu vou ver a pressão para quando eu voltar para o médico (morador com problema de hipertensão, residente em Aracaju)
- para os programas de saúde da mulher e da criança, hipertensos, diabéticos não há problema de consultas ou exames. Para as especialidades há demora (enfermeira de unidade de saúde em Aracaju)
- o agente trabalha bem, mas não tem a contrapartida da prefeitura (morador do conjunto Marcos Freire II, em Nossa Senhora do Socorro).

Nas respostas dadas se percebe a focalização dos programas dirigidos a determinadas clientela, com a participação efetiva dos agentes de saúde. Para as especialidades médicas, os pacientes de hanseníase, AIDS, tuberculose têm um acompanhamento regular, previamente marcado na unidade de saúde.

Nos municípios sergipanos, a população reclama da dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, uma vez que os profissionais das equipes, exceto os agentes comunitários, não cumprem sua carga horária de trabalho, há uma freqüente falta de profissionais médicos especialistas na rede, assim como uma dificuldade de realização de exames para se fazer um diagnóstico mais preciso das doenças. Soma-se a esta situação, a precariedade de infra-

estrutura das unidades de saúde, uma cota determinada de procedimentos para cada município e falta de medicamentos.

Mesmo depois de perseguir uma organização de saúde que cumpra os princípios basilares do SUS instituídos legalmente, o que se verifica é a permanência de uma concentração dos serviços, principalmente na capital. Essa concentração favorece como afirma França

uma ação política conduzida por deputados, prefeitos, vereadores e por outras lideranças, trazendo pessoas para tratamento clínico, realização de exames e internação nos hospitais da capital. Tal prática já se tornou uma constante. As prefeituras chegam a manter casas alugadas em Aracaju, nas proximidades dos hospitais ou das áreas centrais, para hospedagem de seus munícipes, além de providenciar a manutenção das ambulâncias que trafegam diariamente, por várias vezes, conduzindo passageiros e doentes (FRANÇA, 1999, p. 176).

Os profissionais de saúde, principalmente os das especialidades¹ médicas também se encontram mal distribuídos pelo estado. Aracaju é o município que possui o maior número de médicos das áreas de Cardiologia, Dermatologia, Hansenologia, Endocrinologia, Metabologia, Ortopedia, Traumatologia, Gastroenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia. No que se refere à especialidade Cirurgia Geral e Cardiologia há presença mínima dessas especialidades (não ultrapassa a 6 médicos) nos centros regionais (Nossa Senhora do Socorro, Itabaiana, Estância, Lagarto, Nossa Senhora da Glória), nos municípios do sertão noroeste (Canindé do São Francisco, Poço Redondo), Itaporanga d' Ajuda, Maruim e Aquidabã.

A inacessibilidade aos profissionais médicos especialistas e aos laboratórios conveniados pelo SUS é ingrediente fundamental para a expansão do setor privado na saúde. As clínicas e laboratórios privados concentrados na Rua Bahia (bairro Siqueira Campos, em Aracaju), nas adjacências do estabelecimento público CEMAR (Centro de Especialidades Médicas de Aracaju) demonstram como processos espaciais, a exemplo da coesão (economia de aglomeração) criam as condições para a complementaridade/concorrência entre empresas o que lhes garante o controle do mercado do seu produto.

¹ O estado de Sergipe conta apenas com 4 mastologistas, 13 urologistas, 8 oncologistas, 5 proctologistas, 1 cirurgião-vascular, 5 geriatras vinculados ao SUS (CNES/Recursos Humanos, 2007).

Nas adjacências do CEMAR são trinta e três estabelecimentos privados, satelizados por esse serviço público de saúde, responsável pela marcação de consultas com especialistas e exames clínicos e pela prestação de serviços das especialidades médicas para todo o estado de Sergipe. As clínicas e laboratórios privados foram, em sua maioria, inaugurados, entre os anos de 2000 e 2007, quando o SUS completou duas décadas de existência.

Segundo Corrêa (2005), as áreas especializadas criam a atração para o consumidor, induzem a compra de produtos que o consumidor não previa e ainda produzem a acessibilidade ou a redução da distância, diminuindo a relação custo-benefício importante para a reprodução do capital. A necessidade de resolver os problemas de agravos à saúde das pessoas, conjugada com a dificuldade de atendimento nos estabelecimentos públicos é o ingrediente fundamental para a expansão do setor privado.

Produz-se uma organização espacial para superar as barreiras espaciais (distâncias) a fim de que o capital possa rapidamente circular por meio da produção de configurações espaciais fixas (a decisão locacional de implantar as clínicas e laboratórios nas proximidades do CEMAR) e móveis, representadas pela facilidade de transporte urbano e interurbano existente na área. Nesse sentido, ocorre o que Milton Santos (1996) denominou de integração funcional e territorial porque tanto possibilita o processo de acumulação e reprodução do capital no tempo e no espaço, como é resultado dos processos de consumo, que também hierarquizam o espaço de acordo com as potencialidades de demanda e de oferta.

É a própria lógica das localidades centrais, cuja especialização dos serviços e bens, a sua distribuição e localização obedecem aos princípios econômicos da oferta e da procura, direcionada para a maximização do lucro e a minimização do esforço do consumidor ou do custo. Nessa forma de seletividade espacial é estabelecida uma hierarquia, cujos serviços e bens mais caros, com grau de especialização maior são encontrados nos níveis hierárquicos superiores e os consumidores percorrerão maiores distâncias para adquiri-los. Dessa maneira, quanto maior a centralidade de uma área central, maior é o seu entorno, produzindo uma organização do espaço na qual a localização dos serviços de saúde se dá de maneira seletiva e desigual.

Pelo exposto, a política de saúde desenvolvida com o SUS tem reforçado a expansão do setor privado, concentrando o serviço público nas ações da Atenção Básica e de grupos específicos. A ênfase é na oferta de serviços de assistência à saúde que atenda uma lógica do cuidado capaz de reduzir as ações médicas. As especialidades médicas valorizadas no SUS são a de formação mais generalista, como a Clínica Médica e a de Saúde da Família, daí

porque há presença dessas especialidades distribuídas por quase todo o território sergipano, concentrados, no entanto, em Aracaju e secundariamente, no Centro-sul do estado.

De acordo com o estabelecido no SUS, os princípios da universalidade, equidade e integralidade implicam o acesso universal, o levar em conta as diferenças (tratar os desiguais desigualmente) e o tratamento da saúde além do ato médico ou do direito à assistência. Isto posto, evidencia a contradição na política de saúde na medida no espaço da reprodução da vida, as determinações sociais do processo saúde/doença são expostas.

A realidade revela outra face na vivência do SUS. Na entrevista realizada com funcionário do CEMAR – Siqueira Campos, em Aracaju foi dito que “o SUS é impossível de ser praticado, não há como ter universalidade. A equidade também não funciona, são muitos pacientes para uma regulação pequena” (entrevista/junho de 2007). Desse modo, a universalidade esbarra nas dificuldades diárias enfrentadas pela população quando procura os serviços de saúde, a equidade se transforma em focalização, retirando da universalidade o direito de todos e oferecendo a assistência a grupos específicos e a integralidade tem nos interesses políticos-partidários e na existência de uma rede verticalizada um entrave.

A política de saúde ao privilegiar a assistência, e nela a Atenção Básica (re) reproduz a dualidade tradicional do sistema de saúde brasileiro: de um lado, os serviços básicos de saúde são encontrados nos municípios que aumentaram sua capacidade de oferta, de outro, os serviços de média e alta complexidade, notadamente exames, consultas com especialidades médicas e internações hospitalares são pouco despendidos para a população.

OS SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DE SAÚDE: O NÓ GÓRDIO DA REDE DE SAÚDE

O estrangulamento da política de saúde apresenta seu lado mais cruel na rede hospitalar quando nos momentos mais críticos das vidas das pessoas, a negação do princípio da integralidade mostra que o modelo assistencial não se sustenta quando a lógica que o orienta é a lógica do mercado. A rede hospitalar é de consumo privado e quando não o é, os médicos decidem qual paciente deve viver ou morrer, dado o número insuficiente de leitos para a necessidade da clientela que deles precisa.

A maior parte dos serviços hospitalares do SUS é contratada na rede privada, estabelecendo com o público um padrão de financiamento e incentivos que torna a saúde uma das atividades de serviços mais lucrativas. Considerando que muitos dos prestadores são

filantrópicos, diversas empresas médicas têm privilégios fiscais, o que lhes garante no financiamento público, a fonte de seus lucros.

Os serviços hospitalares² em Sergipe (número de hospitais e leitos) são oferecidos principalmente pelos prestadores privados (contratados e filantrópicos), distribuídos pelo território de maneira centralizada na capital e nos centros regionais.

Em Aracaju, no ano de 2006 foram criados os hospitais municipais Hospital Nestor Piva e o Hospital Des. Fernando Franco. Foram inaugurados como pronto-socorros, mas o Ministério Público, atendendo à solicitação do conselho Regional de Medicina e do Sindicato dos Médicos, exigiu da Prefeitura Municipal de Aracaju a retirada do nome de pronto-socorro e que a mesma informasse à população os serviços que os hospitais municipais realmente oferecem, uma vez que nos referidos hospitais inexitem as condições para funcionamento de pronto-socorro. (MINISTÉRIO PÚBLICO DE SERGIPE, 16 jan. 2007).

No interior do estado, os hospitais regionais funcionam precariamente, apresentam problemas de administração, chegando até a intervenção judicial por dívidas trabalhistas e desvio de dinheiro, como o caso dos municípios de Estância e Tobias Barreto.

Para sanar os problemas dos hospitais, o governo do estado elaborou um plano de reforma, denominado, Reforma Sanitária e Gerencial do Sistema Único de Saúde, aprovada no legislativo no final de 2007. Através dessa reforma, os hospitais sergipanos passaram a fazer parte da Fundação Hospitalar de Saúde, constituindo-se em uma fundação estatal de direito privado. Sobre esta reforma gerencial, o Secretário de Saúde do estado de Sergipe na época afirmou que

retomar a administração dos hospitais regionais é uma tarefa institucional gigantesca que nós já começamos a cumprir. Não podemos tratar a terceirização ou estatização das unidades de saúde como debates ideológicos à esquerda ou à direita, mas a terceirização tem que servir para diminuir custos e melhorar a eficiência do atendimento. Neste caso, o que aconteceu foi exatamente o contrário (INFORME SERGIPE, 03/2007).

Um dos argumentos usados pelo Secretário de Estado da Saúde para justificar a retomada dos hospitais regionais sob a responsabilidade estadual é evitar as interferências

² Os dados disponíveis no site Datasus são apenas até o ano de 2003 para a classificação dos leitos e hospitais por natureza.

políticas. As disputas políticas locais entre os governos municipais e as administrações dos hospitais quando não aliados politicamente provocam problemas financeiros, de pessoal e criam dificuldades de atendimento da população. Além disso, afirmou o gestor, é comum a prática de uma mesma pessoa exercer cargos políticos (prefeito, vereador, deputado) e dirigir os hospitais, principalmente os filantrópicos que recebem repasses de recursos do estado e do município.

Os governos municipais e o estadual recorrem ao “jogo de empurra” para justificar a falta de qualidade dos serviços e ações de saúde, atribuindo uns aos outros a responsabilidade pelos problemas e agravos de saúde. Sobre a grande demanda do Hospital Gov. João Alves Filho e a consequente falta de atendimento neste hospital, o coordenador da Rede Municipal de Urgência e Emergência de Aracaju declarou que

nós já assumimos a nossa responsabilidade no que diz respeito às nossas competências, o que estamos tentando é contribuir com o HGJAF através de mais esforços. Entretanto, o problema não será resolvido se não tiver um investimento no interior do estado, até porque quase 70% da demanda do HGJAF é do interior (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU, 2006).

No entanto, de acordo com as informações fornecidas pelo SAME³ do Hospital Gov. João Alves Filho, foi da Grande Aracaju o maior número de pacientes atendidos nesta unidade de urgência e emergência. Do total de pacientes do estado atendidos no Hospital João Alves Filho, Aracaju representou 54,41% em 1996 quando ainda não era municipalizado e 37,40% em 2006, após ter se tornado um município habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal em 2001. Logo se percebe que a condição de municipalização pouca repercussão teve sobre a situação da rede de saúde em Aracaju, principalmente porque entre os principais diagnósticos estão os passíveis de atendimento ambulatorial (dor abdominal, febre, dor de cabeça, infecção respiratória).

Ao se considerar os demais municípios da Grande Aracaju (Nossa Senhora do Socorro, São Cristóvão e Barra dos Coqueiros) se constata que a pressão sobre os serviços oferecidos pelo Hospital João Alves Filho não é proveniente de uma demanda do interior do estado, na medida em que os municípios da Grande Aracaju representaram 78,44% em 1996 e 68,43% em 2006 dos atendimentos dos pacientes de Sergipe.

³ Os dados foram fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital João Alves Filho no que se refere ao atendimento e a origem dos pacientes no período entre 1996 e 2006.

A proximidade do hospital, aliada às condições sócio-econômicas e a débil rede de saúde dos municípios destacados foram apontados pelos entrevistados como razões para a procura pelo Hospital Gov. João Alves Filho. Ao confrontarmos as informações obtidas através das entrevistas com usuários do SUS dos municípios da região da Cotinguiba e do Baixo São Francisco sergipano com a distribuição das unidades ambulatoriais no estado, se constata que é justamente nestas regiões que há o menor número de unidades ambulatoriais.

No que se refere ao atendimento de pacientes de outros estados no Hospital Gov. João Alves Filho, os dados da tabela 1 demonstram que os pacientes oriundos de outros estados exercem pequena pressão sobre os serviços oferecidos no Hospital Gov. João Alves Filho, pois o percentual de pacientes atendidos no período analisado não ultrapassou 4,10% (em 2000, procedentes da Bahia). Contudo, cabe salientar que somente a partir do ano de 2000 é que se tem um maior controle sobre os registros das informações, fato que dificulta um estudo mais detalhado sobre a procura por este estabelecimento de saúde.

As entrevistas realizadas com os motoristas das ambulâncias e com pacientes de outros estados e municípios sergipanos apontaram que o motivo principal para a procura pelo hospital se dá pela proximidade de Aracaju. As dificuldades de atendimento no próprio município e a “ajuda” de lideranças locais também foram apontadas como motivo para a procura pelo hospital por pacientes da Bahia, Alagoas e do interior do estado de Sergipe.

Tabela 1: Percentual de pacientes de outros estados atendidos no Hospital Gov. João Alves Filho – HUSE (1996-2006).

| Estados | 1996 | | 2000 | | 2004 | | 2006 | |
|---------------------------|--------------|------|-------------|------|-------------|-----|-------------|------|
| | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº |
| Alagoas | Sem registro | - | 0,47 | 781 | 0,37 | 624 | 0,26 | 403 |
| Bahia | Sem registro | - | 4,10 | 6758 | 2,67 | 451 | 2,93 | 4484 |
| Outros | 2,19 | 3798 | 0,05 | 91 | 0,14 | 243 | 0,13 | 203 |
| Total de Pacientes | 172.869 | | 164.735 | | 168.865 | | 153.236 | |

Fonte: SAME do Hospital João Alves Filho, 2007.

A situação do Hospital Gov. João Alves Filho é um retrato do funcionamento da rede de saúde do estado, mas é principalmente uma resposta à política de saúde que vem

reproduzindo as relações hierarquizadas da sociedade. Nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal ocorre uma precariedade dos serviços e ações de saúde disponível para a população, tanto pela oferta menor do que a demanda, como pela ingerência e disputa política e uso indevido dos recursos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hierarquia dos serviços e ações de saúde é um elemento constitutivo para organizar a rede de saúde, cuja construção se dá para exercer o controle e intervenção sobre o espaço, destituído do que lhe é fundamental: o próprio homem. Organiza-se o espaço a partir de localidades centrais, nas quais a oferta de bens e serviços de saúde segue o princípio da racionalidade econômica. Esta é a lógica para organizar a rede de saúde desde que o SUS foi implantado e a edição das várias normas para sua operacionalização (NOB 91, 93, 96, NOAS 2001, 2002) mostra os estrangulamentos da política de saúde, entre os quais, o tratamento personalista da coisa pública, a apropriação indevida dos recursos, dos serviços e ações de saúde como se fosse patrimônio dos gestores. O tratamento patrimonial desencadeia disputas e desresponsabilização dos municípios e estado para atendimento das necessidades de saúde da população. Mas isso é também um reflexo da política de financiamento para o setor saúde que condiciona os recursos ao número de habitantes, através de programas específicos (como o Programa de Saúde da Família), determinados pela União.

A (des) funcionalidade da rede explicita as fronteiras entre o federalismo e a descentralização posto que,

do ponto de vista histórico, o ordenamento estatal federalista significa sempre um equilíbrio precário num campo de tensão entre forças centrífugas e centrípetas, ou integrativas e desintegrativas. Dessa forma, sob o aspecto de objeto complexo, o federalismo encerra uma série de ‘contradições em processo’: ‘unidade x diversidade’, ‘poder local’ x ‘poder geral’, ‘união’ x ‘autonomia’, não sendo possível defini-lo somente a partir do atributo da ‘descentralização’. Da mesma forma, tampouco é condição suficiente apenas a unidade sob alguma forma de ‘pactuação territorializada’ (AFFONSO, 2000, p. 130).

O conteúdo espacial das práticas estruturadas para desenvolver a política de saúde aparece no cotidiano das pessoas sob a forma de problema de superlotação de hospitais, nas filas virtuais⁴, reclamações na mídia e manipulação política. A vida cotidiana ao mesmo tempo em que é determinada pela reprodução da sociedade de classes, impõe à classe hegemônica e ao seu representante, o Estado, que sejam tomadas medidas dissimuladoras das tensões e conflitos. As várias edições das normas de operacionalização do Sistema Único de Saúde são sintomáticas da contradição existente entre a realização dos interesses de reprodução do capital e as necessidades da sociedade como um todo. Desse modo, a vivência do SUS extrapola os dispositivos legais e impõe que se observe na política de escala o processo de igualização e diferenciação, responsável pelo desenvolvimento desigual que produz nas escalas espaciais as condições de sua existência.

As intervenções do Estado oscilam entre centralização/descentralização, mas nunca para colocar no centro dessas políticas territoriais as necessidades da população e para isso, no espaço da produção das carências de saúde se constitui o território do poder de mando/obediência que encontra sua força na conformação de uma rede, cujos nós veiculam o jogo e disputa de poder.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, R. B. Á.. Descentralização e reforma do Estado: a Federação Brasileira na encruzilhada. *Economia e Sociedade*. Campinas. n. 14, p. 127–152, jun. 2000.

Disponível em: <

http://www.eco.unicamp.br/publicacoes/economia_sociedade/download/revista_14/05-RuiAffonso.pdf> Acesso em: 21 out. 2007.

CASTELLS, M. A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura. v. 1. 6.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

CORRÊA, R. L. Trajetórias geográficas. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

FRANÇA, V. L. A. Aracaju: Estado e metropolização. São Cristóvão: Editora UFS, 1999.

HOLANDA, S. B. Raízes do Brasil. 26. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

INFORME SERGIPE. Estado assume administração do Hospital Regional de Socorro. Aracaju, 08 mar. 2007. Disponível em: <

http://www.informesergipe.com.br/pagina_data.php?sec=2&&rec=18884&&aano=2007&&mme=3 > Acesso em: 01 mai. 2008.

⁴ A marcação das consultas e dos exames é feita pela internet, através do TAS (Terminal de Atendimento SUS). Os pacientes esperam vários meses a depender do tipo de exame e da especialidade médica requerida.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SERGIPE. Hospitais Nestor Piva e Desembargador Fernando Franco passarão por mudanças. Aracaju, 2008. Disponível em: <<http://www.mp.se.gov.br/ViewNoticia.asp?ident=2310>> Acesso em: 01 mai. 2008

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU. PMA viabiliza leitos de internamento para minimizar superlotação no HGJAF. 26 jun. 2006. Disponível em <<http://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=9831>>. Acesso em: 09 mar. 2008.

SANTOS, M.. A natureza do espaço: Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOJA, E. W. Geografias Pós-Modernas: a reafirmação do espaço na teoria social crítica. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
